

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

GREMLER Berko

Né le 27 Octobre 1905, à Rowne (Pologne)

ULCÈRES VARIQUEUX
CHEZ LES SYPHILITIQUES

(Travail du Service de M. le Professeur Agrégé Sézary)

Président : M. CARNOT, Professeur

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR
GREMLER Berko
Né le 27 Octobre 1905, à Rowne (Pologne)

ULCÈRES VARIQUEUX
CHEZ LES SYPHILITIQUES

(Travail du Service de M. le Professeur Agrégé Sézary)

Président : M. CARNOT, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552210_0040

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET

Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOQUET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
BÉNARD (H.) ..	Pathologie médicale.	LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.
BERNARD (E.) ..	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BEZANÇON (J.) ..	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BOULIN	Pathologie médicale	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.	M ^{lle} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI ..	Neuro-psychiatrie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
FEY	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	OBERLING	Anatomie pathologique.
GASTINEL	Bactériologie.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale.	PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
GAYET	Physiologie.	PORTES	Obstétrique.
GIROUD	Histologie.	RICHET	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SANNIÉ	Chimie biologique.
HALPMEN	Oto-rhino-laryngologie.	SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
HAZARD	Pharmacologie.	TROISIER	Pathologie expérimentale.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	VIGNES	Obstétrique.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
LACOMME	Obstétrique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LEROUX	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BROCQ.	} Clinique chirurgicale. (suite)
ALAJOUANINE .		CADENAT	
AUBERTIN		GATELLIER ...	
BRULE		HEITZ-BOYER..	
Chabrol.....		MOURE	
CHIRAY		QUENU	
DONZELOT. ...		SCHWARTZ	
DUVOIR		VELTER	
LIAN			
PASTEUR - VAL-		GUÉNIOT.	} Clinique obstétricale.
LERY-RADOT .		LE LORIER....	
SÉZARY.		LEVY-SOLAL ..	
		METZGER.	
BASSET	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.
RUFFE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE.

Bien faible témoignage de reconnaissance et de profonde affection.

A MA FEMME.

En souvenir de nos années d'études communes. Témoignage de tendre affection.

A MES BEAUX-PARENTS.

En témoignage de tendre affection.

MEIS ET AMICIS.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,
Monsieur le Professeur P. CARNOT,
Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A NOTRE MAITRE,
Monsieur le Docteur SEZARY,
Professeur agrégé de la Faculté de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Décoré de la Légion d'honneur,

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. Hommage de gratitude pour la
grande bienveillance qu'il nous a cons-
tamment prodiguée au cours de nos
études.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
de la Faculté de Médecine de Paris et de Nancy.

A MM. les Docteurs CHATAGNON, MAGNAN,
POTTIER,

*dont nous avons eu l'honneur d'être
interne, souvenir respectueux.*

A M. le Docteur FUNDIA,
Camarade d'études.

INTRODUCTION

Notre modeste étude nous a amené à constater, au cours du travail, que la question de l'étiologie de l'ulcère de jambe, si elle n'a pas subi de grandes modifications dans son fond, a été, néanmoins, progressivement élargie pour acquérir actuellement une « singulière ampleur », comme le disent MM. Favre et A. Josserand. (Favre et Josserand, in *Nouvelle Pratique Dermatologique*, T. V, 1936.)

En effet, alors que jusqu'à ces dernières années les auteurs étaient d'accord pour faire jouer le rôle essentiel aux varices, il y avait cependant désaccord parmi eux quant au mode d'action de celles-ci.

Ainsi les très anciens auteurs, tels Home, intervertissaient l'ordre des causes et considéraient l'ulcère comme l'un des facteurs étiologiques possibles des varices. Plusieurs années après, le fondement erroné de cette opinion est traduit par Rémy, qui dit dans son traité de 1902 que « personne n'oserait soutenir l'opinion ancienne que l'ulcère peut précéder les altérations veineuses et être leur cause ». Il est donc avéré que les varices de cause ulcéreuse n'existent pas.

Ce point étant acquis que les varices sont une des causes principales de l'ulcère, on en arrive à consta-

ter cependant qu'elles n'en sont point la cause unique. Deux ans plus tard, en 1904, le D^r Bernier (D^r L. Bernier : *Les varices*, 1904) le remarque en disant : « Ce qui montre bien qu'il n'y a pas une relation absolue entre l'ulcère et les varices, c'est que les individus, très peu variqueux, sont atteints d'ulcères étendus tandis que d'autres qui portent des varices très volumineuses ne présentent aucune tendance à l'ulcération des téguments. »

On arrive ainsi jusqu'aux idées toutes récentes sur l'étiologie de l'ulcère de jambes et qui sont exprimées dans un article par MM. Favre et Josserand. Ceux-ci disent : « L'étiologie purement mécanique ne peut donner à elle seule d'explication valable. La distension et les troubles trophiques dus aux varices ne rendent pas compte du caractère des lésions et de leurs associations. » L'étude anatomo-pathologique montre en effet que l'ulcère dit variqueux est une lésion inflammatoire. Si cette lésion se localise aux membres inférieurs, et plus précisément aux jambes, ceci s'explique par des conditions physiologiques particulières et des conditions mécaniques, varices en premier lieu.

Ainsi pour établir un classement méthodique de l'étiologie de l'ulcère de jambes, nous pourrions mentionner premièrement les causes mécaniques, dont les traumatismes d'une part, et les stases veineuses et les varices, d'autre part; deuxièmement, les troubles diathésiques, comme le diabète, etc... Troisièmement,

les troubles à sécrétion interne (de la thyroïde, des ovaires, etc...). Enfin, les causes inflammatoires que l'on pourrait subdiviser en inflammations aiguës (ex. la fièvre typhoïde et la scarlatine) et en inflammations chroniques (la syphilis, etc...).

Des arguments tirés de l'histologie, de la clinique et de la thérapeutique peuvent étayer une théorie inflammatoire non seulement de l'ulcère de jambe et de l'angiodermite pigmentée purpurique sur laquelle il se développe, mais aussi des varices elles-mêmes. On trouve dans les antécédents de nombreux malades des phlébites consécutives à la fièvre typhoïde, à la scarlatine, à la diphtérie et autres infections aiguës; des phlébites segmentaires avec inflammation des tissus avoisinants.

Si parmi les infections chroniques la tuberculose et la sporotrichose jouent un rôle indéniable dans la production de l'ulcère, ce rôle est beaucoup moins important que celui de la syphilis. L'intervention fréquente de cette maladie est basée sur la fréquence relative de la syphilis dans les antécédents de ces malades, sur les résultats des examens sérologiques, sur les effets de la médication antisiphilitique prolongée et sur les autres localisations viscérales concomitantes : lésions cardio-vasculaires, aortites, scléroses viscérales, lésions nerveuses. C'est probablement par le mécanisme de l'ectasie veineuse qu'elle provoque l'altération pariétale des veines.

Au sujet du rôle de la syphilis, le problème se pré-

sente en clinique de la façon suivante : il existe, d'une part, des malades présentant un Wassermann positif et des lésions organiques spécifiques concomitantes; et, d'autre part, des malades présentant des ulcères de jambe sans signe de spécificité.

Nous avons cherché à savoir les questions :

a) Si, chez les ulcéreux syphilitiques, la syphilis est la cause déterminante de l'ulcère et, dans ce cas-là, si ce dernier doit être soigné de la même manière que la cause déterminante elle-même.

b) Ou bien l'ulcère de jambes est apparu chez un syphilitique, comme pourrait apparaître toute autre maladie intercurrente; alors, dans ce cas, l'évolution de l'ulcère serait-elle influencée par le traitement simultané du terrain syphilitique.

c) Ou bien l'ulcère de jambes nécessite un traitement en soi-même, indépendamment des caractères particuliers du terrain sur lequel il évolue. On pourrait donc se demander dans ce dernier cas si l'ulcère de jambes n'est pas une maladie autonome et si la concordance avec un Wassermann positif ou autres manifestations cliniques de la syphilis n'est qu'une simple coïncidence.

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE DE L'ULCERE DE JAMBE

L'ulcère de jambe est, comme tout ulcère, une lésion essentiellement chronique, torpide, ayant une tendance à persister longtemps ou indéfiniment. Il siège de préférence dans le tiers inférieur de la jambe, autour des malléoles, à la face antéro-interne et un peu plus souvent sur la jambe gauche.

Il est unique le plus souvent, parfois multiple, avec tendance à la coalescence dans ce dernier cas. Son étendue est variable; il peut s'étendre, chez les malades négligents ou prédisposés, en manchette autour de la jambe en rongant jusqu'à l'os (ulcère en virolle). Sa forme est tantôt ovulaire, tantôt polycyclique ou polylobée. Les bords de l'ulcère sont taillés à pic ou en pente douce, sans décollement, parfois épaissis et calleux. Le fond est constitué par un tissu de granulation rouge vif violacé, bourgeonnant, saignant, marqué par des sécrétions sanieuses, séro-purulentes, grisâtres ou jaunes, et fétides en cas d'absence de soins convenables.

D'autres lésions accompagnent et précèdent l'ulcère de jambe. Ainsi, avant sa formation, la peau présente

une pigmentation brunâtre en placards; elle est due à la circulation locale défectueuse qui détermine des hémorragies intradermiques répétées. Cette pigmentation persiste après la cicatrisation de l'ulcère et n'est nullement indice de syphilis, comme on a voulu la considérer à tort.

La peau environnante se présente sous des aspects divers (érythème, état calleux et hypertrophique ou au contraire atrophie scléreuse), dépendant du terrain et des complications infectieuses secondaires.

Le système pileux hypertrophié, l'hyperhidrose s'observent fréquemment. Les ongles du pied sont habituellement opaques, ternes et stratifiés. Les veines des membres inférieurs sont presque toujours atteintes; nous avons trouvé un épisode phlébitique pré-ulcéreux guéri trois fois sur vingt dans notre statistique. Ce sont encore beaucoup plus souvent des varices à un degré inégal sur les deux membres inférieurs; dans d'autres cas, ce sont des varices internes.

Les capillaires ne sont pas indemnes. Voici ce qu'écrit M. le Prof. Gougerot à ce sujet : « L'ulcère de jambe est un aboutissant fréquent des capillarites chroniques thrombosantes et nécrosantes; l'épiderme et le derme se meurent, car ils sont mal nourris en raison d'une circulation complémentaire mauvaise. » (Gougerot, *Journal des Praticiens*, 15-XII-28, p. 819.)

La circulation lymphatique est entravée secondairement : elle se trouve bloquée par le processus de sclérose du tissu environnant, ce qui conduit à l'élé-

phentiasis; la jambe peut atteindre des proportions monstrueuses.

Les nerfs n'échappent pas au processus d'inflammation et on était jusqu'au point de se demander si l'ulcère variqueux ne devrait être considéré comme consécutif à un trouble trophique analogue aux ulcérations consécutives aux sections des nerfs. Nous croyons que si la névrite n'est pas l'agent déterminant de l'ulcère, elle contribue, pour une grande part, à l'entretien de la lésion par les troubles trophiques qu'elle détermine.

D'ailleurs, tous les tissus sont atteints, y compris les os, atteints de périostoses irrégulières par leur densité et par leur contour et cela en l'absence de syphilis. (Sezary et Lichwitz, S.M.H., 1926.)

A l'examen histologique, on trouve un nombre plus ou moins grand de vaisseaux de néo-formation (ce nombre paraît proportionnel à la rapidité de la cicatrisation). Au niveau des bords, une infiltration œdémateuse, une bordure de cellules épithéliales (lorsque l'ulcère est en voie de cicatrisation), des mailles de tissu conjonctif, avec rares capillaires, des petites cellules mastzellen (dans les cas d'ulcère à marche torpide).

La flore microbienne au niveau de l'ulcère variqueux est trop polymorphe et associée dans la plupart des cas. On y trouve, en premier lieu, le streptocoque, ce qui a fait dire à M. Sabouraud que l'ulcère de jambe est « un chancre streptococcique chronique ».

Cette streptococcie locale est indéfiniment prolongée, quelquefois latente pendant de longues périodes. On y trouve aussi le staphylocoque, le pyocyanique; ce dernier assez souvent. A signaler le rôle important que joue l'oïdiomycète dans la surinfection des ulcères chez les diabétiques. Le traitement local par la solution iodo-iodurée se montre d'une efficacité bien supérieure à la pommade à l'insuline en application locale.

Le bacille de Koch se greffe parfois sur la lésion ulcéreuse. Il ne modifie point la physionomie clinique de celle-ci et cela chez des malades dont l'état général ni les antécédents ne font soupçonner la vraie cause de la torpidité de la lésion. Des cliniciens bien avisés arrivent à se tromper; voilà ce que dit M. le Professeur Gougerot à ce sujet : « J'en rapproche des tuberculoses infiltrées, puis ulcéreuses, qui donnent des ulcères dits trophiques; le plus fréquent est *l'ulcère de jambe tuberculeux*. Le diagnostic n'en est guère possible cliniquement, car le sujet est rarement un tuberculeux manifeste, et *son aspect est celui de la plupart des ulcères variqueux*. C'est, en effet, un ulcère tuberculeux sur jambe variqueuse; on ne peut le soupçonner que si les moyens thérapeutiques habituels échouent, le traitement est la thermocautérisation. » (Gougerot : *Dermatologie en clientèle*, p. 565.)

Sans nier le rôle étiologique de la syphilis dans l'ulcère de jambe, on doit convenir que nous sommes

souvent bien embarrassés à l'affirmer et cet embarras nous paraît pardonnable. En effet, quels sont les caractères spéciaux qui révèlent la syphilis? Serait-ce la multiplicité des ulcères? Leur étendue? Leur marche serpigineuse? Ou leurs bords décollés et le fond jaunâtre, la pigmentation brunâtre? Broca a discuté ces caractères et montré qu'ils ne sont point exclusivement réservés aux ulcérations syphilitiques.

Evidemment, les commémoratifs, les réactions sérologiques doivent non seulement être étudiés dans chaque cas particulier, mais aussi dicter une conduite thérapeutique chaque fois où ils se montrent positifs ou douteux.

Pouvons-nous pour cela affirmer l'existence de cause à effet? La bactériologie ne le permet pas; le tréponème n'a jamais été mis en évidence au niveau de l'ulcère au même titre que l'ont été le streptocoque ou l'oïdimyocète. L'étude anatomo-clinique et l'histologie de l'ulcère n'ajoutent rien à ce droit; quant aux réactions sérologiques et aux lésions organiques spécifiques à distance, elles nous semblent insuffisantes pour donner ce droit. A l'appui de cette idée viennent, de plus, les recherches thérapeutiques que nous poursuivons dans nos observations cliniques citées plus bas.

OBSERVATIONS

Nous donnons ci-après quelques observations empruntées, ainsi que d'autres recueillies par nous-mêmes, et qui montrent les différents moyens de traitement employés avec les résultats obtenus dans l'ensemble, chez des malades syphilitiques dans une première partie et de non-syphilitiques dans une autre partie.

Nous subdivisons la première partie des malades en trois chapitres distincts suivant qu'ils étaient soignés par le traitement local seul, ou par le traitement anti-syphilitique seul, ou par ces deux traitements associés.

A. — Dans le premier cas, nous citons une observation de M. Ramel, relatée dans l'article : « Pathogénèse du complexus dit variqueux » du journal *Revue Médicale de la Suisse Romande*.

a) PREMIÈRE OBSERVATION

Il s'agit d'un malade syphilitique avéré, tabétique, atteint d'une angiodermite ulcéreuse de la jambe; l'ulcère a guéri en 21 jours du simple fait de repos au lit et d'un traitement antiphlogistique local par la liqueur de Dakin.

Ainsi, sur un terrain syphilitique notoire, malgré l'absence de traitement spécifique, le traitement local seul suffit à cicatriser l'ulcération en trois semaines.

b) En ce qui concerne le traitement spécifique seul, chez les syphilitiques atteints d'ulcère de jambe, il n'a jamais été essayé dans le service de M. le Docteur Sezary.

Des recherches laborieuses d'observations auxquelles nous avons procédé ont été malheureusement infructueuses. Au traitement spécifique était toujours associé le traitement local, différent suivant les cas et suivant les auteurs.

L'emploi des spirillicides, en premier lieu le salvarsan, a donné des résultats encourageants à des auteurs comme Alston (*Local application of salvarsan in ulcer. British M. J. Lond. 1912, pp. 17-48*) et Lévy-Bing (*Trait. des ulcères de jambes par applications locales de salvarsan. Gaz. des Hôp., Paris 1912, p. 785*), qui l'ont employé soit le premier en solution au 1/3 dans le xéroforme, soit en pommade au 1/10, comme le deuxième. Les auteurs eux-mêmes concluent que l'action locale du salvarsan n'est pas spécifique comme on aurait pu le lui demander, mais agit en tant que cicatrisant et kératoplastique. En effet, d'après Lévy-Bing, qui n'exclut point le repos au lit, la durée de guérison est réduite à la moitié et même au tiers de sa durée habituelle. Et c'est à ce titre qu'il le conseille en pommades dans les ulcères récidivants, en particulier chez les malades par ailleurs syphilitiques ou non.

c) Et nous en arrivons au troisième cas où les deux traitements sont à titre égal associés. Ces observations inédites ont été recueillies dans le service de M. le Docteur Sezary au pavillon Brocq, de l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

DEUXIÈME OBSERVATION

Le malade H. L..., âgé de 57 ans, blanchisseur, atteint d'ulcère de la jambe gauche depuis 1920, a fait plusieurs séjours dans le service pour le traitement de son ulcère.

Premier séjour. — Son premier séjour part du 7 février 1928 au 25 juin 1928; il est d'une durée de 138 jours. Voilà ce qui est noté à son entrée :

Le malade entre pour ulcère de la jambe gauche. En 1920, le malade reçoit un coup de pied de cheval sur la même jambe qui est atteinte de varices. A la suite de ce traumatisme, il présenta une ulcération sur la face interne de la jambe. Depuis, le malade se soignait seul avec des pommades sans succès, mais l'ulcère guérissait par le repos et reparaissait aussitôt que le malade reprenait son travail.

A l'entrée : gros ulcère, presque circulaire, à bords taillés à pic, polycyclique, siégeant au-dessous des malléoles, accompagné d'éléphantiasis. Antécédents : varices, hyperkératose plantaire droite. Syphilis : B.W. +.

Le traitement complet appliqué fut dès l'entrée : Novar 2 séries, Quinby 2 séries. Pansements au MO⁴-Ka, pansements alcoolisés, emplâtre de Vigo, pommade au S/CO³ fer. Le 20 mars 1928, après la première série de novar : Hecht et W. négatifs. Il sort du service le 25 juin avec grosse amélioration de son ulcère.

Deuxième séjour. — Sa durée part du 28 septembre au 13 octobre 1928; elle est de 15 jours. Voilà ce qui est noté à sa rentrée : ulcère de jambe récidivant. Le malade, sorti de l'hôpital le 25 juin 1928, guéri, reprend son travail, mais l'ulcère réapparaît au même endroit. A l'examen : grosse ulcération à fond rouge suintant, à bords largement polycycliques faisant presque le tour de la jambe au tiers inférieur. Syndactylie des 2^e et 3^e orteils de chaque pied; strabisme

interne d'origine infantile : convulsions dans l'enfance. Le malade dit avoir été sourd-muet jusqu'à 7 ans. Traitement général : novar. Traitement local : pansements alcoolisés, vin aromatique, collargol, emplâtre de Vigo, pommade au S/CO^a de fer.

Le malade reste couché pendant tout son traitement et sort guéri le 13 octobre 1928. Durée du traitement : 15 jours.

Troisième séjour. — Sa durée part du 17 avril 1929 au 19 juin 1929; elle est de 62 jours.

Le malade rentre à nouveau à l'hôpital six mois et 4 jours après sa dernière sortie. On retrouve aux deux tiers inférieurs de la même jambe gauche 6 ulcères de dimensions inégales : le plus grand est le plus bas situé et fait presque le tour de la jambe; les dimensions des autres ulcères varient entre une pièce de 0 fr. 50 et 2 francs. Les contours sont réguliers, les bords nets, légèrement surélevés, rouges. La sensibilité subjective et objective est normale. La peau environnante est infiltrée, pigmentée, croûteuse; cheville énorme, ganglions inguinaux gros. Examen général : cœur 0; T.A. 6-11; poumons 0; foie 0; réfl. tendin. N; argyll. 0; B.W. le 19-4-29 : H+, W+. Traitement : novar-bi (bien supporté) et muthanol, depuis le 19-4-29. Le 17 mai, on commence le traitement local : pansements, précipité blanc, vin aromatique. Il sort de l'hôpital le 19-6-29, l'ulcère fermé.

Quatrième séjour. — Sa durée part du 1^{er} septembre 1929 au 22 septembre 1929; elle est de 21 jours.

Le malade rentre deux mois et demi après sa troisième sortie. L'ulcère s'est à nouveau ouvert. Actuellement, le malade présente une jambe gauche qui montre un œdème rouge, dur et une grande ulcération occupant la face interne et la face externe de la jambe. Contours irréguliers, fond saignant, purulent. Bords en pente. Autour de l'ulcération, une zone rouge entourée à son tour par une zone pigmentée, brunâtre. Pas d'anesthésie locale. Traitement exclusivement local : vin

aromatique et baume du Pérou; repos au lit. L'ulcère se referme rapidement et le malade sort le 22 septembre.

Cette observation à tous points de vue intéressante nous permet de constater, tout au long des différents séjours de ce malade à l'hôpital, l'efficacité réelle du traitement local sur la cicatrisation de l'ulcère. En effet, lors de son premier séjour, le traitement général associé au traitement local amenèrent une amélioration sensible de l'ulcère, mais la durée du traitement fut longue. A son deuxième séjour, le traitement local amena une guérison très rapide qui ne dura pas plus de quinze jours. De même on constate durant le troisième séjour, qui fut relativement long, un début de traitement anti-syphilitique puis, dès l'application du traitement local, une fermeture rapide de l'ulcère. La même constatation est à faire pour le quatrième séjour du malade, séjour bref où seule l'application locale du traitement suffit à refermer l'ulcère dans l'espace d'une vingtaine de jours.

Une autre observation qui porte sur un cas de syphilitique est la suivante :

TROISIÈME OBSERVATION

Durée de séjour allant du 15-5-29 au 3-7-29, soit 48 jours. Mme L..., 54 ans, entre à l'hôpital pour ulcère de jambe gauche d'apparence banale. L'examen de sang à l'entrée montre un Hecht positif et un Wassermann faiblement positif. Aucun signe clinique autre de spécificité récente ni ancienne. Urines normales. On institue le traitement local classique du service : les attouchements hebdomadaires à la solution de nitrate d'argent au trentième et les pansements, en permanence, à la pommade jaune de mercure. Sept jours après son entrée, le traitement spécifique au muthanol (dose simple, deux fois par semaine). La malade sort guérie le 3 juillet 1929.

Ici aussi, efficacité assez rapide du traitement local associé à l'action amélioratrice du traitement spécifique.

B. — Les observations relatives aux malades non-spécifiques sont les suivantes :

QUATRIÈME OBSERVATION

M. Victor G..., 34 ans, entre à l'hôpital le 10 juillet 1929, à la salle Rayet, pour douleurs et plaies des jambes. A part une phlébite double pendant la convalescence d'une parathyphoïde B en février 1928, a été immobilisé 62 jours. Depuis, éprouve de la gêne à la marche, douleurs continues dans les jambes, les genoux et les pieds; sa douleur s'accroît dans la position verticale. La marche l'augmente, provoque de l'œdème, mais la claudication intermittente fait défaut. Seule la position couchée soulage la douleur. Le malade n'a pas repris son travail depuis sa phlébite.

A l'examen, on trouve : une hyperpigmentation des deux membres inférieurs à partir du tiers moyen des jambes; de plus, au tiers inférieur, zone violacée, livide, qui ne disparaît pas à la vitropression.

A gauche, la pigmentation se limite à la face interne du tiers inférieur de la jambe, avec quelques taches violettes sur la face externe.

A droite, plaque plus étendue située à la partie inférieure de la face interne et se prolonge sur le dos du pied; de plus, deux ulcérations superficielles dont la plus grande n'atteint pas la dimension d'une pièce de 0 fr. 50. Mais cette jambe a été le siège d'ulcérations beaucoup plus étendues qui ont guéri spontanément et rapidement par la position couchée. Le malade n'en précise point la durée. La jambe a la chaleur normale; petite adhéno-pathie. Par ailleurs, il se plaint de piquettes matinales, avoue un certain degré d'éthylisme se traduisant cliniquement par un gros foie douloureux. Les urines sont normales.

Le malade est mis au traitement suivant : repos au lit, attouchement par la solution de nitrate d'argent (une fois par semaine) et les applications locales de la pommade à l'oxyde jaune de Hg et la pâte à l'eau alternées. Le 23 juillet, au bout de 13 jours, on note une diminution notable des ulcérations et le malade sort le 27 juillet, les ulcérations complètement cicatrisées. Durée du traitement : 17 jours.

On voit manifestement chez ce malade l'influence favorable du repos au lit; la position couchée calme chez lui les douleurs et fait disparaître les œdèmes; elle provoque rapidement la cicatrisation des ulcérations. Ignorant la durée de cette cicatrisation spontanée, nous ne pouvons nous prononcer si le traitement local par le nitrate d'argent et la pommade à l'oxyde jaune ont abrégé le délai de la cicatrisation. En tout cas, la guérison est relativement rapide : 17 jours.

CINQUIÈME OBSERVATION

M. Arsène A..., 24 ans, manœuvre, entre à la salle Rayet le 3 avril 1929. Il présente depuis 6 ans, à la partie inférieure des deux jambes, des placards de coloration rouge violacée, au milieu desquels apparaissent des plages blanches corrodées consécutives à la cicatrisation d'ulcérations qui ont guéri, il y a 4 ans environ, sous l'influence paraît-il, de quatre injections de novar.

Actuellement, on note encore à la malléole interne gauche une ulcération allongée transversalement, reposant sur des tissus mobiles sur les plans profonds, mais se déplaçant en masse. A la partie supérieure des jambes, des cicatrices en taches blanches arrondies, mesurant quelques centimètres de diamètre, bordées d'une zone rouge nettement limitée, sans infiltration des tissus voisins. Les deux jambes sont atteintes d'une dilatation variqueuse.

Par ailleurs, adénopathie axillaire bilatérale; l'examen des muqueuses du système nerveux, de l'appareil cardio-vasculaire, pulmonaire et autres ne révèlent aucune anomalie; urines normales. Aucun antécédent vénérien connu. Une sœur atteinte des mêmes troubles depuis six ans. Aucun antécédent héréditaire. Le Hecht et le Wassermann sont négatifs.

Le 7 avril, après connaissance du résultat des réactions sérologiques, le malade a été soumis au traitement local habituel du service. La cicatrisation de l'ulcération commence à se faire rapidement et progressivement; elle est complète le 16 avril, date à laquelle le malade sort de l'hôpital. Le traitement a duré neuf jours.

Il est à remarquer que cette durée de séjour est la plus courte que nous ayons trouvée dans nos observations en ce qui concerne les malades non-syphilitiques.

SIXIÈME OBSERVATION

M. Louis L..., âgé de 49 ans, chauffeur, entre dans le service le 6 janvier 1931 pour une large ulcération de la face postérieure de la jambe gauche. Cette ulcération est apparue en 1928 pour la première fois après une griffe. La même année, on lui a fait des greffes à plusieurs reprises pour aider la cicatrisation, mais l'ulcération a gagné une large surface dans la région postérieure de la jambe.

A l'examen, on note: à la jambe gauche, des varices nombreuses; à la face postérieure, large ulcération à contour sinueux commençant à 5 cm. au-dessus des malléoles; le fond est saignant et légèrement bourgeonnant. Autour de l'ulcération, et se prolongeant sur la face antérieure de la jambe, s'étend un placard érythémateux, pigmenté. A l'examen général R.A.S. Les urines sont normales, le B.W. est négatif.

On institue chez ce malade le traitement local banal: attouchement à la solution de nitrate d'argent au trentième, deux fois par semaine, et la pommade jaune en permanence. Le malade sort du service guéri le 27 mars 1931 au bout de 87 jours de séjour à l'hôpital.

Le trait caractéristique de cette observation est la très longue durée du traitement. Elle est en effet la plus longue que nous ayons trouvée dans nos observations concernant les malades non-syphilitiques. On doit cependant noter que le malade est porteur d'ulcérations qui datent de 3 ans. C'est ce qui paraît expliquer la longueur de la cicatrisation.

SEPTIÈME OBSERVATION

Mme H..., âgée de 69 ans, entre pour la deuxième fois dans le service le 25 septembre 1929 pour ulcère de la jambe droite. Début datant d'un an par lésion érythémateuse de la jambe gauche au tiers supérieur, s'accroissant rapidement en demi-botte, puis s'ulcérant à la face interne au-dessus de la malléole tibiale. En mai 1929, alors que l'ulcère à la jambe gauche est en voie de cicatrisation, des lésions semblables apparaissent au niveau de la jambe droite. Entrée à l'hôpital le 12 juin, la malade en ressort un mois après très améliorée. Au mois de septembre, la lésion de la jambe droite s'ulcère à nouveau.

A l'heure actuelle, on trouve : au niveau de la jambe gauche, une coloration brunâtre pigmentaire, avec squames remontant en botte jusqu'au mollet; au niveau du tiers inférieur, on observe une large zone cicatricielle rose clair au-dessus de la malléole tibiale.

Au niveau de la jambe droite, une lésion érythémateuse et une large ulcération non creusante, à bords plans, au niveau du cou de pied.

L'examen général est normal; les urines ne renferment ni albumine, ni sucre; le Wassermann est négatif.

On applique le traitement habituel : repos au lit, nitrate d'argent et pommade à l'oxyde jaune. Elle sort guérie le 25 octobre.

Cette observation est un exemple de cas où, malgré l'âge avancé de la malade et une circulation locale très défectueuse, la cicatrisation complète par le traitement local du service, d'une ulcération assez importante, n'a duré qu'une trentaine de jours.

Voici rassemblées en un tableau synoptique et détaillé, les différentes observations que nous avons relatées, ainsi que d'autres de moindre intérêt.

NOM DU MALADE	SYPHILI- TIQUE	NON SYPHILI- TIQUE	VARICES CONCOMI- TANTES
G... (Victor)	—	+	—
D... (François) ..	—	+	+
Le F... (Georges)..	—	+	—
Mme H...	—	+	—
D... (Edmond) ..	—	+	—
Mlle T...	—	+	—
Mme C...	—	+	—
H... (Louis)	+	—	+
G... (Albert)	—	+	—
Mme L...	+	—	—
A... (Arsène)	—	+	—
D... (Louis)	—	+	—
G... (Gaston)	—	+	+
L... (Louis)	—	+	+

E	AUTRES	TRAITEMENT	DURÉE DE LA MALADIE	NOMBRE DE JOURS
—		Pom. Ox. jaune NO ³ Ag ² (local)	10-7-29 28-7-29	18
—		d°	25-8-29 30-9-29 non guéri.	35
fract. ouv.		d°	14-8-29 12-9-29 non guéri.	28
—		d°	25-9-29 25-10-29	30
—		d°	12-8-29 5-9-29 guéri.	21
—		d°	25-9-29 10-11-29 guéri.	45
—		d°	27-6-29 11-7-29	14
—		Trait. local et syphilit.	7-2-28 25-6-28 28-9-28 13-10-28 récidive guérie	138 15
		Local	17-4-29 19-6-29 ulcère fermé 1-9-29 22-9-29 guéri.	62 21
—		Local	22-5-29 20-6-29	28
—		Local et syphilit.	15-5-29 3-7-29	48
—		Local	7-4-29 16-4-29 guéri.	9
—		Local	29-4-29 15-6-29 guéri.	46
—		d°	29-4-29 15-6-29	46
—		d°	7-1-31 28-3-31	87

En consultant ce tableau synoptique, nous remarquons que l'association du traitement spécifique au traitement local ne semble point accélérer le rythme de la guérison de l'ulcère. A côté de cela, il y a des cas où cette action se montre incontestablement favorable. Nous envisageons à cet égard une hypothèse : l'action de la chimiothérapie spécifique ne s'apparenterait-elle point à celle que produit la vaccinothérapie ?

Si nous comparons le mode de traitement appliqué par M. le Professeur Delbet et dont fait mention dans sa thèse M. Buisson (Th. de Paris 1929, Louis Buisson) avec l'action du traitement associé chez un ulcéreux de jambe syphilitique, tel qu'il est pratiqué dans le service de M. le Docteur Sezary, nous remarquons, en effet, que l'action de la vaccinothérapie est préparante et agit sur le terrain en stimulant la défense contre les agents d'infection secondaire et réveille le processus de multiplication cellulaire et la vitalité locale et générale de l'organisme. Nul n'ignore l'action stimulante de certains agents chimiques employés dans la syphilis et en particulier celle de l'arsenic.

CONCLUSION

1° L'ulcère de jambes chez les syphilitiques n'a pas de caractères chimiques et anatomo-pathologiques particuliers qui permettraient de le distinguer d'un ulcère variqueux banal. Autrement dit, il revêt les mêmes caractères anatomo-cliniques quelle que soit son étiologie.

2° Le traitement spécifique est insuffisant à lui seul pour guérir l'ulcère variqueux chez les syphilitiques et l'on est toujours obligé d'avoir recours au traitement local.

3° Le traitement spécifique associé au traitement local ne semble aucunement accélérer la durée de guérison de l'ulcère.

4° Par contre, le traitement local seul suffit pour guérir l'ulcère chez le syphilitique.

5° Dans les cas publiés d'ulcères rebelles où le trai-

tement anti-syphilitique a donné un résultat favorable indéniable, il est à noter qu'il a toujours été associé au traitement local (repos au lit, pansements divers).

6° Nous croyons que l'action thérapeutique des médicaments anti-syphilitiques pourrait être comparée à celle des médicaments de choc, tels que le lait, le soufre, les vaccins, l'insuline, etc.

Vu : *Le Doyen,*
ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*
CARNOT

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- FAVRE ET JOSSERAND. Ulcère de jambe. Nouvelle pratique dermatologique T.V.
- JADASSOHN. Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. T. VI, vol. 2.
- DARIER. Précis de dermatologie.
- RAMEL. « Pothogénie du complexe dit variqueux ». Revue Médicale de la Suisse Romande. N. 8, 25-6-33.
- BROCQ. Cliniques dermatologiques (1925-1927).
- GOUGEROT. Dermatologie en clientèle.
- GOUGEROT. « Capillarites, leur importance en dermatologie ». (*Journal des Praticiens*, 15-12-1928).
- FONTANA. Contribution à l'étude anatomo-pathologique des ulcères mixtes (Genève 1919).
- BLACKE. Ulcères variqueux (Internat clinique, 1918).
- SEZARY et LICHWITZ. (S.H.M. 1926.)
- AUBERT. Contribution à l'étude des ulcères variqueux. Thèse Nancy 1929-30.
- LAURENT. Ulcère de jambe d'origine syphilitique. (Soc. des Méd. de Saint-Etienne. *La Loire Médicale*, 5-4-1922.)

GATTINEAU. Recherches étiologiques sur l'ulcère variqueux d'après la réaction de Wassermann. (T. Paris 1914.)

GUITTARD. Traitement des ulcères de jambe par les mercuriels. (Thèse Montpellier 1921-22.)

ALSTON. Local application of Salvarsan in ulcer. (Brit. med. j. London 1912.)

LEVY-BRING. Traitement des ulcères de jambes par applications locales de Salvarsan. (*Gaz. des Hôp. Paris* 1912.)

GERSAN. Quelques recherches sur le traitement des varices pratiqué dans un service de dermato-syphiligraphie. (*Bul. Soc. franç. de dermatologie et syph.*, nov. 1933.)

LOWENFELD. Zur Bakterienflora des Varikosen ulcus cruris. (Wien. Klin. Wochenschr. 1920.)

BIRARD, MARCERON et ROSENTHAL. Ulcération de la jambe traitée et guérie par le bactériophage. (*Bul. de la Soc. franç. de derm. et de syph.*, nov. 1928.)

BUISSON. Traitement des ulcères chroniques de la jambe par la vaccinothérapie. (Thèse Paris 1929.)

